

VANDERLEI DE OLIVEIRA

**PERFIL DOS PACIENTES TABAGISTAS INTERNADOS
NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO
PSIQUIÁTRICO DE SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina**

2008

VANDERLEI DE OLIVEIRA

**PERFIL DOS PACIENTES TABAGISTAS INTERNADOS NO
HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO
PSIQUIÁTRICO DE SANTA CATARINA**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal
de Santa Catarina, como requisito para a
conclusão do Curso de Graduação em
Medicina.**

**Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereima
Professor Orientador: Prof. Dr. Tadeu Lemos
Professor Co-Orientador: Prof. Dr. Lúcio José Botelho**

**Florianópolis
Universidade Federal de Santa Catarina
2008**

AGRADECIMENTOS

Inicialmente, agradeço aos meus amigos e colaboradores para pesquisa, André Pacheco Silva, Fábio Satake, Fernão Cardozo Bitencourt, Gláucio Moismann e Marianna Lago pelo incentivo, apoio empenho desenvolvimento e conclusão deste projeto.

Um agradecimento muito especial ao PhD. Prof^o. Tadeu Lemos, orientador, incentivador e amigo pela dedicação e ajuda por esses anos de trabalho.

Meus agradecimentos a todos os servidores do HCTP, à Prof^a.Enf. Erli Souza, e profissionais da enfermagem César, Décio, Ednei, Fabiano, Raul e Soares, pelo profissionalismo e exemplo de dedicação para humanização do atendimento a pacientes tão marginalizados da sociedade. Também, e não menos importante, agradeço aos servidores do Serviço Social - Rita, Maria Sirene, Emilia -, meus companheiros e amigos agentes prisionais, ao Dr. D'Ávila e direção geral do Hospital representada na gestão anterior pela Dra Heleonora Dezidério Luz, e atualmente representada pelo Sr. Nédio, pela confiança e incentivo.

Um muito obrigado ao co-orientador MSc. Lúcio José Botelho, pelo aprendizado e dedicação por esse mês que trabalhamos juntos, e também pela sua compreensão e profissionalismo. Também agradeço Prof. Dr Murilo Michels pelo tempo dedicado a meu trabalho com intuito de melhora, espírito docente de repassar seu vasto conhecimento e por suas valiosas correções.

Um forte abraço aos meus grandes amigos Jefferson Pereira, Gustavo B. Rodrigues por toda a ajuda nesses cinco anos de graduação, por nossa amizade, nossos trabalhos e nossas loucuras. Agradeço o meu amigo Francisco V. S. Lee, por tudo que me ajudou e apoiou nesse ano, que foi o mais difícil de minha vida, dentro e fora da UFSC.

Agradeço o Prof^o Dr. Roberto Henrique Heinisch e esposa Dra Liana pela inspiração e exemplos de medicina a serem seguidos!

Um agradecimento muito especial aos meus queridos amigos, companheiros, irmãos e “concorrentes” da Med-032 e agregados.

Agradeço muito a minha "eterna namorada" esses anos, de muito carinho, amizade, companheirismo, felicidade e compreensão. Obrigado por tudo meu amor, você é demais!

A meus pais, irmãos, e meus pais adotivos de Dionísio Cerqueira por serem meus amigos, companheiros e acima de tudo, minha família. Vocês são tudo na minha vida!

E finalmente, agradeço a todos que me ajudaram direta ou indiretamente para o desenvolvimento deste projeto.

Um MUITO OBRIGADO a todos vocês!

RESUMO

INTRODUÇÃO: Cerca de um terço da população adulta mundial é fumante. Entre pacientes psiquiátricos a prevalência de tabagismo é de 50% versus 25% da população em geral.

OBJETIVOS: Analisar o perfil dos pacientes internados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC, quanto ao padrão de uso do tabaco.

MÉTODO: Foram entrevistados 130 pacientes, masculinos, internados no HCTP. Os pacientes foram avaliados segundo faixa etária, estado civil, etnia, grau de escolaridade, diagnóstico psiquiátrico, tipo de tabaco e grau de dependência. Foi utilizado um questionário, focado no uso de tabaco, baseado no SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) e associado o Questionário de Fargerström. O diagnóstico dos pacientes foi levantado a partir da análise dos seus prontuários. Foi realizada uma análise descritiva dos dados.

RESULTADOS: Dos 130 pacientes, 68,57% eram portadores de esquizofrenia e 24,61% ainda não possuíam um diagnóstico psiquiátrico definido. Outros diagnósticos encontrados foram transtornos de humor e de personalidade, retardo mental, transtornos por uso de outras substâncias. Cerca de 71% eram fumantes, destes 81,52% estavam na faixa entre 20-49 anos de idade; 66,15% eram solteiros, 68,47% brancos e 75% não tinham completado o ensino fundamental. Quanto ao tipo de tabaco, 72,16% fumavam cigarro industrial (CI). Quanto à intensidade do tabagismo, 45,62% eram fumantes pesados(GEDN) e 54,34% fumantes leves(GBDN).

CONCLUSÃO: Este estudo confirma que pacientes psiquiátricos são mais propensos a fumar do que a população geral e que, entre aqueles, a prevalência do fumo é maior entre os portadores de esquizofrenia. O uso de palheiro é bastante freqüente entre pacientes institucionalizados, possivelmente devido ao baixo custo. Assim, evidencia-se a emergência de oferecimento de programas de cessação do tabagismo para essa população.

ABSTRACT

BACKGROUND: Around one third of adult world population is smokers. For psychiatric the prevalence of tobacco use is of 50% against 25% of the whole population.

OBJECTIVE: Analyse the profile of inpatients of Custody and Psychiatric Treatment Hospital in Florianópolis, SC, in relation to the pattern of tobacco abuse.

METHODS: It was interviewed 130 inpatients in HCTP, males. The patients were evaluated about age, civil status, ethnic group, school level, psychiatric diagnosis, tobacco type and tobacco dependence. It was used a questionnaire about tobacco status based in SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration), with Fargeström Questionnaire. The diagnosis of inpatients were risen up according to analysis of your handbooks. It was accomplished a descriptive analysis of the data.

RESULTS: Of 130 patients, 24.61% still haven't a definitive diagnosis. Between others, 68,57% have schizophrenia. Others diagnosis were mood and personality disorders, mental retardation, and use of others substances disorders. 70,76%% were smokers. Among the smokers, 81.52% were between 20-49 years old, 69.56% were single, 68,47% white men and 75% had not completed basic education. Being based on types of tobacco 72,16% had smoked industrial cigarette (IC) The relation of the intensity of the tobacco abuse was: 19.56% were heavy smokers; 45.65% and 54.34% light smokers.

CONCLUSIONS: This study confirms that psychiatric patients are more inclined to smoke than the general population, and prevalence is higher in schizophrenic patients and prisoners. The use of straw hand-rolled cigarette is very often probably because the low cost. It's clear the need of smoking cessation programs for this population.

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

GRÁFICO 1- Prevalência do Tabagismo	16
GRÁFICO 2- Faixas Etárias.....	16
GRÁFICO 3- Tipos de Fumo.....	18
TABELA 1- Grau de Dependência.....	19
TABELA 2- Idade e Grau de Dependência Nicotínica	20
TABELA 3- Tempo para fumar o 1º cigarro x Grau de dependência nicotínica	20
TABELA 4- Consumo diário de cigarros e grau de dependência nicotínica.....	21
TABELA 5- Grau de dependência e esquizofrenia	22
TABELA 6- Motivação para deixar o fumo	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CID-10	Código Internacional de Doenças
CQCT	Convenção Quadro para o Controle do Tabaco
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition
GBDN	Grau Baixo de Dependência Nicotínica
GEDN	Grau Elevado de Dependência Nicotínica
IMAO	Inibidores da Monoaminoxidase
IRSS	Inibidores da Recaptação de Serotonina
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBRs	Escala de Graduação Psiquiátrica Breve
P450	Enzima Citocromal
SAMHSA	Substance Abuse and Mental Health Services Administration
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO	i
FOLHA DE ROSTO	ii
AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO	iv
ABSTRACT	v
LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS.....	vi
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	vii
SUMÁRIO.....	viii
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 EVOLUÇÃO HISTÓRICA	3
3 HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO.....	5
4 NEUROFARMACOLOGIA DA NICOTINA	7
5 DEPENDÊNCIA	7
6 TABAGISMO E ÁLCOOL	8
7 TABAGISMO E DEPRESSÃO	9
8 PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS	10
9 OBJETIVOS	12
9.1 Objetivo Geral	12
9.2 Objetivos Específicos	12
10 METODOLOGIA	13
10.1 Tipo de Estudo.....	13
10.2 Local	13
10.3 Amostra.....	13
10.4 Procedimentos	13
10.5 Critérios de Inclusão	14
10.6 Critérios de Exclusão	14
10.7 Análise dos Dados	15
10.8 Aspectos Éticos	15

11 RESULTADOS	15
11.1 Perfil Epidemiológico	15
11.2 Padrão de uso do tabaco pelos pacientes internados no HCTP	18
11.3 Utilização da classificação de transtorno por uso de tabaco de acordo com o CID-10 no diagnostico do paciente.....	21
11.4 A relação entre comorbidades e tabagismo nos pacientes	21
11.5 Grau de Motivação entre os Fumantes para a Cessação do Tabagismo	22
12 DISCUSSÃO	23
12.1 Perfil Epidemiológico	23
12.2 Padrão de Uso do Tabaco.....	25
12.3 Utilização da classificação de CID-10 no diagnóstico	26
12.4 Relação entre Comorbidades e Tabagismo	26
12.5 Grau de Motivação	26
12.6 Legislação	28
12.7 Limitações	29
12.8 Sugestões.....	29
13 CONCLUSÃO	31
14 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
ANEXOS	41
NORMAS ADOTADAS.....	46
FICHA DE AVALIAÇÃO.....	47

1. INTRODUÇÃO

Dentre os inúmeros meios que a imaginação humana criou para a busca do prazer, um dos mais populares é o uso do tabaco. No início de seu consumo pensou-se que se tratava de pequeno hábito, porém mais tarde verificou-se que mais que isso, tal consumo representava um dos importantes e refratários transtornos mentais e de comportamento que começou a afetar a espécie humana há vários séculos.

O tabagismo é considerado pela Organização Mundial da Saúde¹(OMS) a segunda maior causa isolada evitável de mortes precoces em todo o mundo. A OMS estima que um terço da população mundial adulta, 1 bilhão e 200 milhões de pessoas (entre as quais 200 milhões de mulheres) sejam fumantes e 2 bilhões de pessoas sejam fumantes passivas. O total de mortes devido ao uso do tabaco atingiu a cifra de 4 milhões de mortes anuais sendo que esses números representam mais de 10 mil mortes por dia ².O jogo de estratégias criado para minimizar o impacto da divulgação das evidências científicas sobre os malefícios do tabaco e a existência de um longo espaço de tempo -cerca de 3 a 4 décadas- entre o início do consumo e as manifestações de seus efeitos mais graves ³ tem contribuído para este quadro. Caso as atuais tendências de seu consumo continuem, as estimativas serão para 10 milhões de mortes anuais em 2010. Vale ressaltar que, dessas, 70% ocorrerão em países em desenvolvimento, onde os problemas graves associados ao tabagismo dividirão o cenário com problemas básicos de saúde como desnutrição, deficiência de saneamento e de suprimento de água, doenças infecto-contagiosas, ainda não controladas⁴.

Nos Estados Unidos da América (EUA), o custo para a saúde pública do tabagismo e suas conseqüências é de aproximadamente 50 bilhões de dólares⁵. Naquele país, 60% dos jovens experimentam cigarro e aproximadamente um terço destes tornam-se fumantes diários. A metade daqueles que não interrompem o uso morrem por doenças relacionadas ao tabaco^{6,10}

No Brasil, maior exportador mundial de tabaco, ocorrem 200.000 mortes por ano associadas ao tabagismo, o que significa que 23 pessoas morrem a cada hora⁸. Cerca de um terço da população adulta é fumante e, apesar de uma diminuição, a prevalência continua sendo maior na população jovem e de mais baixa renda¹².

Atualmente, o tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença epidêmica resultante da dependência de nicotina e classificado pela OMS no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas na Décima Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID-10)⁶.O uso do tabaco é basicamente motivado por um desejo de exposição à nicotina. Dependência é definida como o uso

compulsivo de uma substância psicoativa, cujas consequências sejam deletérias para o indivíduo ou para a sociedade⁷. A adicção ao tabaco ou dependência é multifatorial e compreende o anseio pelas ações farmacológicas da nicotina, alívio dos sintomas de abstinência e associações apreendidas ou comportamentais. Essa dependência faz com que os fumantes se exponham continuamente à cerca de 4.720 substâncias tóxicas, o que torna o tabagismo fator causal de aproximadamente 50 doenças diferentes. Destacam-se as doenças cardiovasculares, o câncer e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas. O fumo também é um fator de risco importante na osteoporose, em transtornos reprodutivos, doenças gastrointestinais, entre outras condições^{8,9}.

Os benefícios de parar de fumar são substanciais em tabagistas de qualquer idade, sendo que uma pessoa que deixa de fumar antes dos 50 anos tem metade do risco de morrer aos 15 anos seguintes, comparativamente aos que continuam a fumar. Quanto ao câncer de pulmão, por exemplo, a cessação do tabagismo diminui o risco no prazo de 10 anos à metade dos que continuam a fumar e a um sexto do risco dos fumantes após 15 anos sem fumar¹³.

Entre os fumantes de cigarros, 70% gostariam de parar e, anualmente, 46% tentam parar. As taxas de abandono espontâneo do tabagismo são em torno de 1% ao ano. A simples orientação médica aumenta a taxa de abandono para 3%. Programas de intervenção mínima aumentam as taxas para 5 a 10%, ao passo que tratamentos mais intensivos, incluindo clínicas especializadas em tratamento de tabagismo, podem atingir taxas de abandono da ordem de 25 a 30%¹⁴.

O tabagismo entre pacientes psiquiátricos e usuário de drogas alcança uma prevalência maior em relação à população em geral¹⁵. Estatísticas americanas demonstram que a parcela de fumantes entre os pacientes psiquiátricos alcança 50%, em comparação com 25% da população em geral. Além disso, apenas 15% dos pacientes psiquiátricos conseguem parar de fumar, em contraste com 50% da população em geral¹⁶.

Segundo Giovino e colaboradores¹⁷, a dependência à nicotina é, dentre os transtornos psiquiátricos, o mais letal e um dos mais tratáveis.

2. EVOLUÇÃO HISTÓRICA

Historicamente, a *Nicotiana tabacum*¹⁸, planta que dá origem ao tabaco, tem origem americana onde já era cultivada pelos maias, astecas e outras populações indígenas, nas Américas do Sul e do Norte.

Uma das hipóteses mais prováveis é a de que a planta teria surgido nos vales orientais dos Andes Bolivianos, difundindo-se pelo território brasileiro através das migrações indígenas, sobretudo Tupi-Guarani. Há cerca de 4.000 anos, era usada como narcótico em rituais místicos e religiosos das sociedades indígenas na América Central. No Brasil, o registro de uso mais antigo dos produtos da *Nicotina tabacum* remontam 10.000 anos, no município de Lagoa Santa, Minas Gerais, onde foram encontrados cachimbos usados em rituais Xamãs¹⁹.

Em novembro de 1492, os companheiros de Cristóvão Colombo viram pela primeira vez os índios fumar. Nessa época, Pedro Álvares Cabral havia relatado o encontro de nativos aspirando fumaça de folhas em cultos místico-medicinais²⁰.

A primeira referência impressa é de 1526 na História Natural de las Índias, de Don Gonzalo Fernandes²².

Segundo os historiadores, em 1530, plantas de fumo foram levadas para a Europa e cultivadas pela família real portuguesa por seu aspecto ornamental e por suas virtudes medicinais. Acreditava-se que era uma erva dotada de propriedades capazes de curar doenças diversas como a bronquite crônica, asma, doenças do fígado, dos intestinos, reumatismo e outras. Assim, o consumo do tabaco sob diferentes formas, embora sem comprovação sobre o seu real poder de cura, foi progressivamente ganhando espaço através dos séculos²³.

Em 1560, o então Embaixador da França em Portugal, Jean Nicot, ao saber que a planta curava enxaquecas, a enviou para Paris para sua rainha Catherine de Médicis que padecia deste mal. A rainha iniciou o hábito de pitar, o qual foi imediatamente imitado pelos nobres da sua corte, difundindo-se pelos demais países da Europa, originando o mercado de fumo em pó – rapé. Tal produto procedia de Portugal, que por sua vez negociava-o na forma de escambo com índios brasileiros²⁴.

Assim, em apenas um século o fumo passou a ser conhecido e usado no mundo todo, expandindo-se de duas maneiras: a primeira por meio de expedições portuguesas que levavam a planta para Portugal e França, difundindo-a também para outros países europeus, da África e

do oriente, a segunda através dos marinheiros e soldados, pois o fumo era um bom passatempo durante os longos períodos das viagens²¹.

Durante séculos o uso do tabaco foi difundido das Américas para todo o mundo, no século XVII, os negros procedentes do Golfo da Guiné começaram a ser usados como moeda de troca por tabaco produzido no recôncavo baiano, e como mão de obra no cultivo da planta²⁵.

Na Europa colonialista, o cigarro vira símbolo de nobreza, sendo usado sob forma de cachimbo no século XVII, rapé ou mascado no século XVIII e charuto no século XIX, especialmente os cubanos²⁶.

Na 1ª metade do século XX, a explosão do consumo de tabaco definiu a consolidação da potência econômica das indústrias fumageiras. Isto se deu graças a dois fatores, a produção de cigarros em escala industrial, e a um processo agressivo de propaganda e marketing que foi decisivo para dar ao comportamento de fumar uma conotação social positiva²³. Por volta de 1918, com a industrialização e o conseqüente aumento da oferta e barateamento do produto, deu início a epidemia do tabagismo, atingindo as camadas pobres.

Os meios de comunicação desde o início usaram a imagem do tabaco como glamour sendo que somente no século XX as mulheres participaram mais ativamente no consumo. No Brasil as primeiras seis marcas de cigarro tiveram nomes femininos²⁷ procurando associar a imagem do cigarro com a imagem da sensualidade.

A primeira publicação que se tem notícia sobre os prejuízos do tabaco, data do início do século XVII, escrita pelo rei da Inglaterra,, James I, com o título- *A Courterblast of Tobacco*²⁸.

Já em 1964 o problema do tabagismo é abordado com ênfase através de dois relatórios de enorme repercussão: a monografia “Smoking and Health do Royal College of Physicians”, da Inglaterra, e o relatório “Luther Tierry, “General Surgeon”, do Departamento de Saúde dos Estados Unidos. Tais relatórios reuniram dados de cerca de 30 mil estudos científicos provando ser o tabagismo a maior causa isolada de doença e morte. Ambos os relatórios tiveram impacto mundial²⁹.

A indústria fumageira em resposta às evidências de que o alcatrão tem ação cancerígena e de que a nicotina causa dependência, respondeu rapidamente, lançando cigarros com filtro e, logo após, com baixos teores de alcatrão conhecidos como cigarros “light”, tal voga dos cigarros “fracos” cresceu e seu consumo universalizou-se nos anos de 1970.

Contudo a ilusão dos cigarros de baixo teor de nicotina caiu por terra quando estudos evidenciaram que não se detectavam diferenças nas concentrações séricas de nicotina, cotinina e monóxido de carbono³⁰⁻³⁴.

A luta contra o fumo ganhou envoltura quando em 1996, surge a lei Federal 9.294 que proíbe fumar em lugares públicos, esta lei convergiu com outras leis como a estadual, e municipal. Hoje o poder publico municipal através do projeto de lei 12.891/08, implantou o programa Floripa 100% livre do cigarro que proíbe o cigarro em lugares públicos fechados como bares, restaurantes e casas noturnas. A normativa começa a vigorar em 30 novembro de 2008³⁵.

Em 1999, surgiu a Convenção Quadro para o Controle do Tabaco em Genebra com a participação de Delegações de 192 países (CQCT) membros da Organização Mundial de Saúde, entrando em vigor em fevereiro de 2005, sendo ratificada pelo Brasil em 27 de outubro do mesmo ano. Este acordo assinado entre países, inclusive pelo Brasil, em 27 de outubro do mesmo ano, firmou o compromisso internacional para a adoção de medidas de restrição ao consumo de cigarro e a outros produtos derivados do tabaco, visando estabelecer parâmetros com o objetivo de combater esta epidemia, criando padrões mundiais para o controle do tabaco na área de propaganda, política de impostos e preços, etiquetagem dos produtos, comércio ilícito, e tabagismo passivo²⁷.

Como consequência das ações afirmativas na luta contra o tabaco, já se detectou redução da prevalência de tabagismo no Brasil de 32% de 1989 para 18.8% em 2003^{11, 36}, juntamente com a diminuição da área plantada, chegando nos últimos três anos a quase 18%, segundo a Afubra³⁷. Hoje a maior parte da produção de fumo, cerca de 96%, se dá nos estados do Sul - Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná.

3. HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO

Os manicômios judiciários, atualmente chamados de hospitais de custódia, constituem uma instituição com duplo objetivo: custodiar e tratar doentes mentais perigosos. Misto de hospital e presídio, essa dupla vertente dos manicômios é identificada como sendo responsável pelo caráter ambíguo da instituição e dos profissionais de saúde nela inseridos, devido ao conflito pela dupla função – custodiar e tratar³⁸. Além disso, as ações terapêuticas e diagnósticas do médico são medidas pelo sistema jurídico penal, servindo, em última instância, como meio de promover a reclusão dos indivíduos. Destaca-se ainda que essa dupla

vertente dos manicômios criminais é responsável pelas limitações técnicas do hospital. Outra questão identificada como uma “problemática” dos manicômios criminais enquanto instituição que visa tratar dos doentes e não puni-los refere-se às longas durações dos internamentos, o que se explica pela natureza prisional³⁹.

Os hospitais de custódia são voltados para doentes mentais ou suspeitos de serem doentes mentais que cometeram crimes e, por isso, não podem ser submetidos à pena comum (faltam-lhes a culpabilidade e a responsabilidade). Esta questão é tratada no Código Penal, art. 26, o qual isenta de pena aqueles que, no momento do crime, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, eram incapazes de compreender o caráter delituoso do ato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. Se presentes uma destas condições – incapacidade de entendimento e determinação por doença mental ou desenvolvimento mental retardado – são considerados inimputáveis, irresponsáveis e perigosos⁴⁰.

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico – HCTP – foi criado pela Lei no. 4.599 de 07 de janeiro de 1971 (Lei Estadual), parte integrante do Sistema Penitenciário Estadual.

Quando o HCTP foi fundado tinha capacidade para 45 leitos masculinos e atualmente conta com 135. Atende pacientes de todo o Estado de Santa Catarina (SC). A grande maioria (70%) cumpre medida de segurança de 1 a 3 anos, 20% aguarda laudo de sanidade mental e/ou sentença e 10% são provenientes de outros estabelecimentos penais e encontram-se internados para tratamento ou estão em regime de hospital-dia.

O HCTP fica localizado anexo ao complexo Penitenciário Estadual, em Florianópolis, SC.

A equipe de profissionais do HCTP é multidisciplinar. Conta com profissionais das áreas de psiquiatria, clínica médica, odontologia, serviço social, psicologia, direito, educação física, enfermagem, apoio administrativo e segurança, porém em número insuficiente para atender adequadamente ao número de internos.

Os internos realizam atividades laborais na horta, atividades recreativas e esportivas com acompanhamento profissional e manutenção e limpeza do hospital. Essas atividades são realizadas de acordo com a condição psíquica e física de cada paciente.

A condição de saúde mental é permeada pela questão de cidadania, dos direitos humanos, da liberdade e da vida. O trabalho multidisciplinar reforça a abordagem

psicodinâmica no tratamento da doença mental. O indivíduo é visto como um ser biopsicossocial. A atenção ao paciente integra cada um desses aspectos prejudicados no momento de seu adoecer. A parte biológica é tratada através da avaliação médica e do uso de medicamentos. O social é resgatado nos grupos operativos, considerando a história do paciente, sua cultura e seu grupo familiar, tendo em vista que, a ruptura do cotidiano pode levar o sujeito a uma crise de identidade. O psicológico é envolvido no atendimento terapêutico individual e coletivo⁴¹

4. NEUROFARMACOLOGIA DA NICOTINA

No cigarro de tabaco são encontradas mais de 4700 substâncias tóxicas, sendo a nicotina a responsável pela dependência química ao fumo. No cérebro a nicotina se liga a receptores colinérgicos, em sua maioria de localização pré-sináptica envolvidas com funções cognitivas complexas, como atenção, aprendizado, memória despertar, percepção sensorial e no controle de atividade motora e da percepção da dor. Vários trabalhos já mostraram que a administração de nicotina ativa áreas do cérebro envolvidas na execução destas tarefas e facilita o desempenho cognitivo em situações de estresse^{15, 17}.

A ativação de receptores nicotínicos localizados em neurônios dopaminérgicos do sistema mesocorticolímbico, que constitui o sistema de recompensa cerebral (SRC) provoca uma maior liberação de dopamina no núcleo accumbens, determinando a sensação de prazer e gratificação ligada ao ato de fumar, reforçando a auto administração^{42,43}.

Além disso, Mansuelder e McGehee⁴⁴ demonstraram que há aumento da liberação da dopamina, aumento prolongado da atividade excitatória glutamérgica e uma redução da atividade inibitória gabaérgica sobre a via mesocorticolímbica. Isto sugere que uma breve exposição à nicotina, mesmo para alguém que nunca tenha fumado, pode resultar em uma excitabilidade prolongada do SRC. A exposição se dá pela de aspiração, chegando ao cérebro ao cabo de 5 a 10 segundos^{45,46}. Análises em série, das concentrações de nicotina no sangue de tabagistas, revelam sua rápida elevação após a tragada, atingindo o pico máximo, cerca de 10ng/ml, e tendo absorção em média 1.0 mg por cigarro⁴⁷.

Além dos fatores mencionados acima, influi na absorção a maneira de fumar, a força e a profundidade das tragadas. Estudos realizados com nicotina, marcada com carbono 14, mostraram que fumantes que não tragam absorvem de 22% a 42% da nicotina mantida na cavidade bucal, enquanto os que tragam, inalam e absorvem de 70% a 90% da quantidade total de nicotina. Verificou-se também que quando se expira rapidamente após a tragada, a

absorção da nicotina é de 40% a 50% do total. O consumo diário de tabagistas regulares é de 10mg a 61mg de nicotina^{48,49}.

5. DEPENDÊNCIA

O uso do tabaco é basicamente motivado por um desejo de exposição à nicotina. Quanto maior o consumo de tabaco, maior é a nicotino-dependência, porque esta provoca a compulsão de fumar⁵⁰.

O estabelecimento da dependência e seus graus de intensidade dependem de fatores associados, características fisiológicas, orgânicas, psicológicas, genéticas e comportamentais. O consumo dos derivados do tabaco inicia-se, em 98% dos casos, na adolescência. Sabe-se também que o início precoce do tabagismo desenvolve dependência mais intensa da nicotina⁵¹. Em indivíduos que iniciam aos 14 anos, cerca de 90% estão dependentes aos 19 anos, expressando maior dependência à nicotina que fumantes que iniciam com 20 anos ou mais^{52,53}.

Atualmente, o tabagismo é amplamente reconhecido como uma doença epidêmica sendo que a OMS inclui o tabagismo desde 1992, no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas, CID-10 F17.2⁵⁴.

O tabagismo entre pacientes psiquiátricos e usuário de drogas alcança uma prevalência maior em relação à população em geral¹⁵. Estatísticas americanas demonstram que a parcela de fumantes entre os pacientes psiquiátricos alcança 50%, em comparação com 25% da população em geral. Além disso, apenas 15% dos pacientes psiquiátricos conseguem parar de fumar, em contraste com 50% da população em geral¹⁶.

Entre os pacientes psiquiátricos tabagistas, metade são fumantes pesados enquanto na população em geral esta prevalência não chega a 20%. Pacientes com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno de humor bipolar, transtorno borderline de personalidade, entre outros, são mais impulsivos e por isso controlam-se menos, facilitando o desenvolvimento da dependência. Soma-se a isso o fato da susceptibilidade à adição por nicotina em portadores de transtornos mentais ser aumentada, pois essa substância tem uma influência positiva sobre o humor e a cognição. Pacientes com determinados transtornos psiquiátricos ressentem-se mais da sua falta, pois utilizam a nicotina como "medicação", mascarando a doença de base, tendo maior manifestação de sintomas durante o período de abstinência^{55,56}. As co-morbidades psiquiátricas mais frequentemente associadas ao tabagismo são a esquizofrenia, a depressão e o alcoolismo.

6. TABAGISMO E ÁLCOOL

Os fumantes pesados são maioria entre os alcoolistas. Entre os não alcoolistas, aqueles que fumam consomem mais álcool do que os não fumantes⁵⁷.

Madden e Health⁵⁸, através de estudos demonstram a existência de genes em comum no abuso de álcool e nicotina e isto sugere que nicotina aliviaria a abstinência. Portanto os alcoolistas podem apresentar mais desconforto na abstinência a nicotina.

Em 2005, Weitzman et al⁵⁹, descobriram que mais de 98% dos fumantes universitários americanos fazem uso de álcool, entre jovens adultos, e que mais de 50% dos bebedores freqüentemente fumam. Herting e cols⁶⁰ compararam fumantes alcoolistas e não alcoolistas, utilizando escalas para avaliação de intensidade de dependência (Fargestrom⁶¹), intensidade da fissura (Lubeck), fatores de vulnerabilidade no curso da dependência (Lesch), comorbidades como doença somática e história de abstinência. Os fumantes alcoolistas apresentam no estudo uma maior intensidade da dependência com início mais precoce do uso do tabaco, mais freqüente perda do controle no comportamento de fumar e, na abstinência, fumam o primeiro cigarro do dia mais cedo que os não alcoolistas. Eles apresentam uma fissura mais intensa especialmente em situações de estresse e humor deprimido e relatam ansiedade e depressão e transtorno do sono como principais razões para fumar apresentam também maior numero de recaídas em três anos anteriores ao estudo, o que também estava relacionado ao maior numero de relatos de humor deprimido. O tratamento do tabagismo e do alcoolismo devem ser em conjunto havendo a necessidade de estratégias de intervenção pra mulheres, estudantes com dificuldade de ajustamento ao ambiente escolar e parar os que relatam inicio precoce do uso regular do tabaco⁶².

Fumantes com problemas relacionados ao álcool necessitam de uma intervenção mais intensa para parar de fumar. Em 1997, Stuyt⁶³ avaliou taxas de recuperação entre fumantes e não fumantes, após o tratamento para dependência de álcool e outras drogas, em regime de internação. Os resultados indicaram que não fumantes apresentaram períodos mais longos de abstinência do que os fumantes. As diferenças encontradas são mais significativas em pacientes cuja droga de escolha atua como depressora do SNC, como o álcool.

As intervenções para a cessação do tabagismo concomitante ao tratamento de outras dependências de drogas, como o álcool, aumentam o período de abstinência⁶⁴. Apesar disso, o tratamento em alcoolistas é tão bem sucedido quanto em não alcoolistas.

7. TABAGISMO E DEPRESSÃO

A prevalência de tabagismo é maior em pessoas com depressão que na população geral⁶⁵. Embora a co-morbidade entre tabagismo e depressão tenha sido bem documentada, os mecanismos dessa associação ainda são controversos. Atualmente duas explicações são consideradas. A primeira sugere que ambos os transtornos apresentam na sua origem, fatores genéticos e ambientais em comum⁶⁶.

A segunda, que se contrapõe à primeira, diz que uma vez controlados os fatores em comum, a associação entre transtornos reflete uma relação causa versus efeito, que poderia ocorrer de duas formas: pacientes deprimidos tendem a aumentar o consumo de tabaco como uma automedicação para minimizar os sintomas depressivos, aumentando assim o risco de dependência, assim como, o humor depressivo durante a abstinência de nicotina é preditiva de recaída⁶⁷.

A dependência de nicotina poderia aumentar a suscetibilidade à depressão através de mecanismos neuroquímicos e comportamentais⁶⁸ o risco para depressão em fumantes é duas vezes maior do que em não fumantes. Balfour e Ridley⁶⁹ sugerem que, mesmo na ausência de transtornos depressivos, a exposição crônica à nicotina elicia alterações na transmissão serotoninérgica hipocampal e na função adrenocortical, que são características da depressão.

Há evidências clínicas e experimentais que a nicotina tem efeito antidepressivo pelo aumento da atividade dopaminérgica e que o tabagismo, cronicamente, leva a inibição das enzimas monoaminoxidases (MAO) cerebrais, que por sua vez explicaria também os efeitos antidepressivos. Estes achados levaram a hipótese de que a descontinuação de tabaco em pacientes com depressão em remissão poderia induzir recaída⁷⁰. Entretanto, não há dados comprovando que o nível de inibição da MAO cerebral encontrado em tabagistas seja suficiente para justificar um efeito antidepressivo. Uma metanálise, conduzida por Hitsman e Cols.⁷¹ considera que uma história previa de depressão maior está associada com o insucesso no tratamento de tabagistas e mostrou que a depressão maior em remissão não é fator de risco independente para falha no tratamento da cessação do tabagismo.

8. PACIENTES ESQUIZOFRÊNICOS

Sabe-se que doentes mentais, fumam muito, sendo a nicotino-dependência mais intensa nos esquizofrênicos⁷², contendo uma prevalência tabágica que atinge até 90%^{73,74,75}, três vezes

maior que na população geral⁷⁶. Estes também extraem mais nicotina enquanto fumam e consomem maior número de cigarros⁶³.

É freqüente em pacientes esquizofrênicos fumantes a necessidade de receberem doses de neurolépticos significativamente mais elevadas - por exemplo, o dobro da dose clorpromazina prescrita a pacientes esquizofrênicos não fumantes - devido ao aumento no metabolismo dos neurolépticos pela vias hepáticas por meio da indução de enzimas do complexo P450, induzido pelo fumo⁷⁷.

O tabagismo nos pacientes com esquizofrenia gerou estudos que sugeriam uma deficiência orgânica colinérgica da nicotina e recentemente constatou-se que, na esquizofrenia o mesolímbio só libera dopamina, com altas doses de nicotina, enquanto com baixas doses, há bloqueio dessa liberação. Isso leva esses pacientes a fumar muito⁷⁹.

Em estudos prévios, foram investigados grupos de esquizofrênicos de início tardio e precoce e evidenciou-se predomínio de dependência e consumo em pacientes com esquizofrenia de início precoce em detrimento aos de início tardio. Os resultados suportam a noção que os mecanismos patofisiológicos distintos são a base do desenvolvimento da esquizofrenia precoce e da esquizofrenia do início tardio.

Corroborar para adicção em pacientes esquizofrênicos fumantes o fato de manifestarem significativamente menos Parkinsonismo e mais acatisia apresentando escalas de contagens totais mais elevadas na Escala de Graduação Psiquiátrica Breve (BPRS). Além disso, a exposição à nicotina em tais pacientes melhora déficits cognitivos de memória de trabalho espacial e o tempo de reações complexas, relacionados ao uso de antipsicóticos⁸⁰.

Quanto a cessação do tabagismo em casos de depressão e esquizofrenia torna-se mais difícil abandonar o tabaco pois os pacientes apresentam uma menor motivação para deixar de fumar, visto que percebem o cigarro mais prazeroso do que aqueles sem comorbidades⁸¹.

O uso do tabaco para alívio dos sintomas também é comum, uma vez que a síndrome de abstinência apresenta-se mais intensa nesses pacientes e são altíssimos os índices de recaídas^{82, 83, 84}.

Há estudos que examinaram a abordagem dos serviços de cessação do tabagismo e evidenciaram nos pacientes tabagistas maior agitação e irritabilidade se comparados com não fumantes. A retirada da nicotina em alguns pacientes pode comprometer o cuidado psiquiátrico. Os efeitos colaterais de medicamentos podem ser exacerbados pelo tabagismo, assim como tratamentos farmacológicos estão sujeitos as suas interferências. O manejo terapêutico adequado na cessação do tabagismo nesses indivíduos diminui a freqüência de recaídas e morbimortalidade.

A predominância de fumo e o consumo diário de cigarros são maiores em pacientes psiquiátricos esquizofrênicos institucionalizados, seguidos dos não institucionalizados em relação à população geral conforme relatado em investigações prévias.

A severidade do diagnóstico e a gravidade da doença contribuem para taxas de tabagismo elevadas, e também para controle de uso de outra substância.

No esquizofrênico em instituição judicial também há predominância elevada de tabagismo em relação à população geral. Após a hospitalização, os fumantes leves e moderados aumentam o consumo e em contrapartida os fumantes pesados diminuem consumo. A proibição de tabagismo institucional mostra-se eficaz em reduzir a taxa de fumo, porém há efeitos desfavoráveis menores no status psiquiátricos e Índice de Massa Corpórea (IMC) em pacientes esquizofrênicos crônicos. Aliadas a proibição, há a falta de independência econômica e as limitações impostas pela família, que são os fatores cruciais que controlam a predominância do fumo entre pacientes esquizofrênicos institucionalizados.

Há também barreiras sistemáticas à cessação do tabagismo nos pacientes de instituições judiciais, que foram identificadas, emanando do sistema da saúde mental. Barreiras como o uso de cigarros como moeda de poder econômico. As trocas sociais e políticas ocorrem entre os participantes que descrevem um processo de aculturação que envolve processos complexos de reforço para fumar. Aos pacientes que participam uma vez do processo, o escape da cultura de fumo e dos seus ajustes parece ser extremamente difícil.

Apesar das taxas elevadas de consumo de tabaco entre os pacientes psiquiátricos, estes são dentre os grupos de tabagistas o menos estudado. Sendo uma constante que raros pacientes recebam diagnósticos ou sejam incluídos no planejamento do tratamento.

Evidenciam-se hoje, poucos dados na literatura sobre a cessação, manutenção e frequência de recaídas em tal grupo de adictos^{85, 86, 87}.

Segundo Giovino e colaboradores¹⁷, a dependência à nicotina é, dentre os transtornos psiquiátricos, o mais letal e um dos mais tratáveis.

9. OBJETIVOS:

9.1. Objetivo Geral

Analisar o perfil dos pacientes internados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) de Florianópolis, quanto ao padrão de uso do tabaco.

9.2. Objetivos Específicos

- a. Descrever o perfil epidemiológico dos pacientes internados no HCTP.
- b. Levantar o padrão de uso do tabaco pelos pacientes internados no HCTP.
- c. Detectar a utilização da classificação de transtorno por uso de tabaco de acordo com o CID-10 no diagnóstico do paciente.
- d. Estabelecer a relação entre co-morbidades e tabagismo nos pacientes.
- e. Detectar o grau de motivação entre os fumantes para a cessação do tabagismo.

10. METODOLOGIA

10.1 Tipo de Estudo

O desenho de estudo realizado foi um estudo transversal, quantitativo e qualitativo.

10.2 Local

A pesquisa foi realizada no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, anexo ao Complexo Penitenciário no município de Florianópolis – SC.

10.3 Participantes

O Universo foi composta por 130 pacientes convidados a participar da pesquisa. Sendo estes informados do caráter da mesma e sua finalidade. Os participantes forneceram sua concordância através de um consentimento livre esclarecido. (ANEXO 1)

10.4 Procedimentos

Realizou-se um censo durante sessenta dias, de 01 de março a 31 maio de 2007. Na ocasião os pacientes foram esclarecidos sobre o objetivo do trabalho, sendo solicitado o consentimento dos mesmos (Consentimento Livre Esclarecido – ANEXO 1) e mediante consentimento verbal foram aplicadas perguntas através de entrevistas estruturadas com questionário adaptado a partir do SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, of EUA⁸⁸)

– (ANEXO 4), validado para a realidade brasileira pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), incluindo também o Questionário de Fargeström⁴⁶, o qual avalia o grau de dependência à nicotina (ANEXO 5) e o Questionário de Prochaska e diClemente, que avalia o grau de motivação para a cessação do tabagismo.

Foram habilitados cinco estudantes do 4º ano do Curso de Medicina da UFSC e dois servidores do HCTP, através do curso de capacitação do Programa Nacional de Controle de

Tabagismo, Abordagem e Tratamento, promovido pelo Ministério da Saúde, e treinados pelo coordenador do projeto para aplicar o questionário.

Os dados foram operacionalmente coletados por entrevista individual, realizada pelos estudantes de medicina. Os entrevistados foram pacientes internados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP) e pacientes de outras unidades prisionais que se encontram em regime de hospital dia. Os questionários seguem em anexo.

Após a aplicação do questionário foi feito levantamento de dados em prontuários durante o período de dois meses consecutivos, para confirmação de dados da entrevista.

O tabagismo em pacientes foi definido como fumar um ou mais cigarros nos últimos 30 dias.

O diagnóstico de morbidade psiquiátrica dos pacientes foi realizado segundo critérios do CID-10 (Código Internacional de Doenças – 10ª versão, 1993), e CID-75, revisão de 1976, a partir da análise dos prontuários.

O questionário de Fargeström, elaborado em 1978, avalia a intensidade da dependência ao tabaco e é validado pelo Ministério da Saúde e Instituto Nacional do Câncer - INCA sendo instrumento de uso pelo I Consenso Brasileiro de Abordagem e tratamento do Fumante. Tal questionário é composto por seis perguntas com diferentes pesos, sendo que o escore máximo é 10. O ponto de corte para identificar dependência grave é de 6 pontos. A dependência é graduada em muito baixa quando de zero a dois pontos, baixa quando de três a quatro pontos, média quando de cinco pontos, elevada quando de seis a sete pontos e muito elevada quando de oito a dez pontos. Tal graduação é utilizada como parâmetro no uso de psicoterapia exclusiva ou associada à farmacoterapia, esta já preconizada a partir dos 6 pontos.

Quanto ao Questionário de Prochaska e DiClemente, de 1997, é um modelo transteórico de mudança de comportamento baseado nos aspectos cognitivos e motivacionais do fumante, dividindo-se nos seguintes estágios: pré contemplação, contemplação, prontos para ação, ação, manutenção e recaída⁸⁹.

Foi usada a equivalência de um palheiro para quatro cigarros industrializados conforme equivalência usada por Gottschall⁹⁰.

Essa pesquisa em nada prejudicou a conduta desses pacientes e não interferiu no tratamento

10.5 Critérios de Inclusão

- Pacientes internados no HCTP;
- Pacientes do regime de Hospital Dia;

- Concordância dos pacientes com os termos da pesquisa.

10.6 Critérios de Exclusão

- Não concordância dos pacientes em participar da pesquisa;
- Pacientes desorientados;
- Pacientes com acentuado retardamento mental;
- Pacientes em surto psicótico;
- Pacientes que não queriam responder ao questionário;
- Pacientes com incapacidade de comunicação.

10.7 Análise dos Dados

Após a coleta, foi criado um banco de dados no software Epidata, sendo digitado no software Epidata Entry e posteriormente submetido à análise estatística utilizando cálculo de proporções e diferenças testadas pelo Qui-quadrado, no software Epidata analysis.

10.8 Aspectos Éticos

Os 130 pacientes receberam um consentimento informado (ANEXO) livre e esclarecido informando os objetivos da pesquisa solicitando sua participação na referida pesquisa.

À Direção e à Gerência Técnica foi retido um termo de consentimento livre e esclarecido que informava e solicitava a participação dos pacientes da Instituição.

Antes de iniciada a coleta de dados foi caracterizada a participação por livre-arbítrio e explicado o princípio da pesquisa, sendo que o paciente foi deixado livre para concordar ou desistir da sua participação no momento que julgar necessário e deixado um número de telefone(048- 33319491 ramal 226) do departamento de farmacologia para os pacientes que quiserem desistir em qualquer tempo da pesquisa.

A identidade dos pacientes foi omitida para preservar a privacidade dos mesmos.

O protocolo foi submetido e aprovado no Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina(UFSC) em 04 de novembro de 2006, sob número de parecer número 235/2006.A pesquisa foi realizada respeitando as normas de pesquisa em seres humanos da resolução 196/96 da CONEP.

11. RESULTADOS

11.1 Perfil Epidemiológico

Dos 130 pacientes internados, 92 são tabagistas, perfazendo aproximadamente 71% enquanto que a prevalência de não fumantes é de 29%. (Gráfico 1)

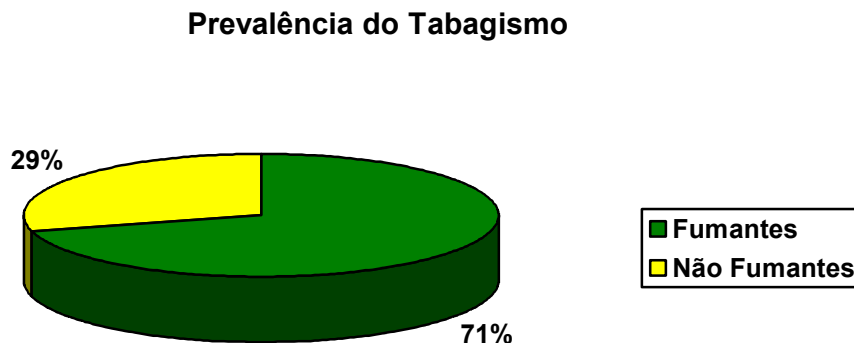


Gráfico 1.

Verificou-se que em relação à idade, os pacientes se encontram na faixa etária entre 18 e 67 anos, (Gráfico 2). A grande parcela está na faixa de idade de 20 a 49 anos, correspondendo a 106 pacientes (81,53%).

Entre os não fumantes, 26 dos 38 internados possuem entre 30 e 49 anos de idade, representando 68,42% deste grupo. Entre os 92 fumantes, 81,52% está dentro da faixa entre 20 e 49 anos de idade; 15,21% deste grupo (14 pacientes) têm idade maior ou igual aos 50 anos.

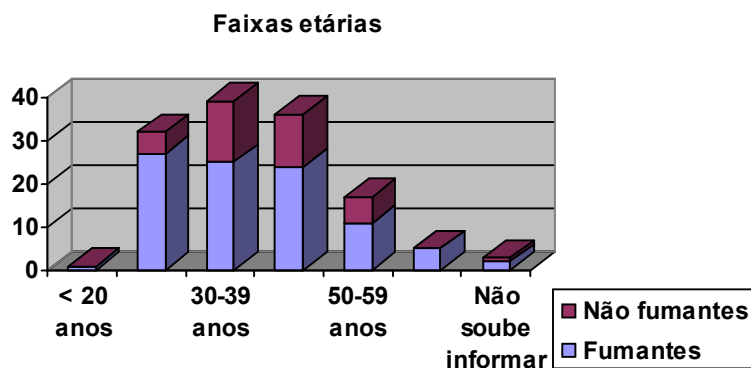


Gráfico2(Eixo das abscissas: faixa etária, eixo das ordenadas: n° indivíduos)

A idade média de começar a fumar foi de 14,96 anos nos pacientes institucionalizados no HCTP. Os pacientes tabagistas são em média, mais novos do que os não tabagistas, tendo

uma média de idade de 37,90 anos, (com desvio padrão de 10,81) enquanto entre os não fumantes essa média foi de 41,81 anos (desvio padrão de 9,77).

A faixa etária mais acometida pelo fumo foi de 20 a 39 anos, perfazendo 55,43% dos fumantes.

Quanto ao início do tabagismo depois de institucionalizados, 16,30% dos fumantes iniciaram sua adicção após internados.

Com relação aos fumantes na família, 84,78% dos pacientes tabagistas tinham fumantes em casa ,no momento da entrevista.

Entre os 38 pacientes que referiram não ter o hábito de fumar, 21 pacientes, ou seja, 16,15% do total dos entrevistados referiram nunca ter fumado, e o restante, 17 pacientes (13,07% do total) disseram ser ex-fumantes.

A etnia também foi outra informação colhida, a maior parcela dos 130 pacientes corresponde aos brancos, ou seja, 93(71,53%), já os pardos somaram 25 pacientes (19,23%) e os negros, minoria, 12 representando 9,23%.

Entre os brancos, 63 eram fumantes, correspondendo a 68,47% de todos os adictos, assim como dos pardos, 19 eram fumantes, correspondendo a 19,23%, e quanto à etnia negra, 10 eram fumantes correspondendo a 10,92% de todos os fumantes.

Entre os brancos 68,47% eram fumantes, dos pardos, 76% desta etnia eram fumantes e entre os negros 83,33% eram fumantes.

Outro dado levantado foi o estado civil dos internados. Da totalidade dos 130 pacientes, 86 (66,15%) referiram ser solteiros, 16 (12,30%) casados, 3 amasiados (2,30%), 20 (15,38%) separados ou divorciados, 3 (2,30%) viúvos e 2 não souberam informar. Entre os não fumantes, 22 (57,89%) eram solteiros, 6 (4,5%) eram casados e 8 (6,01%) eram separados ou divorciados.

Em relação ao estado civil dos tabagistas, 69,56%(64) eram solteiros, 14,13%(13) mencionaram união estável ou casamento; 13,04(12)% haviam divorciado-se, apenas 1 viúvo e 1 não soube informar.

A escolaridade também foi pesquisada e mostrou-se que 17 internados (13,07%) eram analfabetos. Os alfabetizados sem ingresso no ensino fundamental correspondem a 4,61% (6 pacientes) do total. A grande maioria possui ensino fundamental incompleto, isto é, 97 pacientes (74,61%), sendo que a maior parte destes, 31 (23,84% do total) estudou até a 4ª série. Apenas 1 paciente tinha ensino superior e 9 (6,76%) pararam de estudar no ensino médio. Entre os não fumantes, 73,68% tinham ensino fundamental incompleto.

No grupo dos fumantes, a proporção foi semelhante, cerca 75% iniciaram, mas não terminaram o ensino fundamental. Os fumantes analfabetos significaram 13,04% deste grupo e apenas 7,60% dos pacientes tabagistas freqüentaram o ensino secundário. Não houve significância estatística entre fumantes e não fumantes em relação ao grau de escolaridade.

Quanto à renda utilizada pelos tabagistas para aquisição dos produtos derivados do tabaco no HCTP, 68,47% têm renda própria, são aposentados e ou recebem alguma remuneração por serviços prestados na instituição, utilizando seus honorários para aquisição, entretanto 31,52% ganham cigarros de familiares ou colegas de instituição, não tendo nenhuma fonte de renda para aquisição do tabaco.

11.2 Padrão de uso do tabaco pelos pacientes internados no HCTP

O questionário de Fargestrom foi aplicado de forma válida a 92 fumantes regulares. A média de idade foi de 37,08 anos (desvio padrão de 10,81 anos) com idade mínima de 18 e máxima de 67 anos.

Em relação ao tipo de fumo consumido pelos 92 pacientes fumantes, como mostra o gráfico (3) há uma relevante associação entre os tipos de fumos utilizados, destacando o consumo de cigarro + palheiro, a associação mais consumida, que perfaz 73,91% (68) seguido de pacientes que fumam somente cigarro, 17,39%(16); pacientes fumantes somente de palheiro perfazem 2,17%(2) e pacientes que usam somente cachimbo, 2,17%(2).

Já a associação cigarro + palheiro + cachimbo, é 4,12%(4) e cigarro + cachimbo, não há usuários. Não houve relato de outras formas de consumo de tabaco como charuto ou rapé.

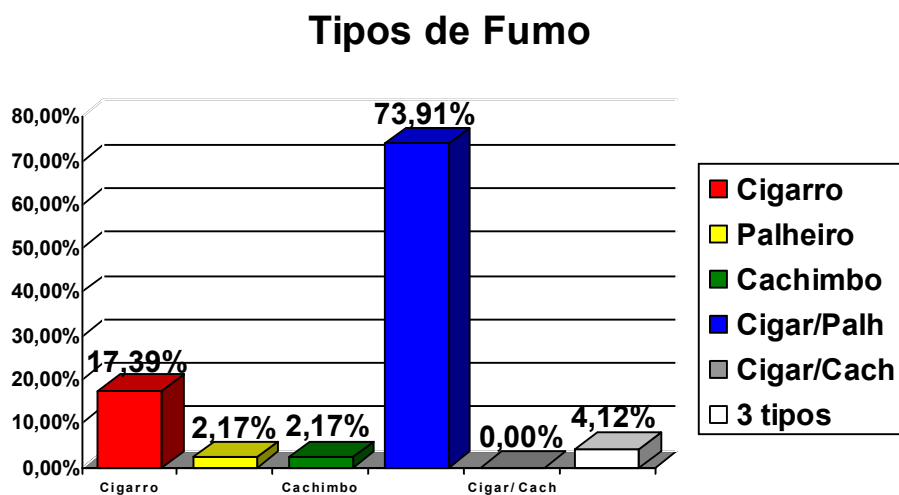


Gráfico 3.

Em relação ao grau de dependência os resultados obtidos na aplicação das perguntas do Questionário de Tolerância de Fagerström, foram obtidos de acordo com a soma de pontos das respostas referentes às seis perguntas. Classificou-se a dependência nicotínica em cinco graus: muito baixa, baixa, média, elevada e muito elevada. (Tabela 1 – abaixo).

Grau de dependência	Pontos	N	%
Muito baixa	0 a 1	12	13,04
Baixa	2 a 3	21	22,82
Média	4 a 5	17	18,47
Elevada	6 a 7	24	26,08
Muito elevada	8 a 10	18	19,56
Total		92	100

Para fins didáticos, foi adotada a divisão das 5 classificações prévias em apenas 2, sendo a primeira a de Grau Baixo de Dependência à Nicotina - GBDN que contem fumantes com dependência muito baixa, baixa e moderada. E a segunda com Grau Elevado de Dependência à Nicotina - GEDN, que engloba fumantes com dependência alta e muito alta. O ponto de corte entre fumantes com baixa e elevada dependência nicotínica adotado neste trabalho foi a mediana, cujo valor foi 6. Assim, os fumantes que somaram seis ou mais pontos (dependência elevada ou muito elevada) foram considerados como GEDN e abaixo de 6 pontos do grupo GBDN que compreende pacientes com dependência média, baixa ou muito baixa.

Observou-se que 26,08% dos fumantes tinham um grau de dependência considerada elevado. A dependência baixa foi denotada por 22,82% e 19,56% dos fumantes estavam com grau muito elevado de dependência. A dependência média esteve presente em 18,47% dos tabagistas e apenas 13,04% possuíam um grau muito baixo de dependência. (Tabela 1)

Entre os tabagistas, 45,65% são do grupo GEDN e 54,35% dos pacientes foram catalogados como GBDN.

Sendo que a soma acima de 6 pontos indica que provavelmente o paciente terá desconforto (síndrome de abstinência) ao deixar de fumar⁹¹.

O valor médio de dependência nicotínica no grupo estudado foi de 5,24 pontos.

Considerando faixa etária e dependência nicotínica, observou-se que o grupo de elevada dependência nicotínica foi aumentando com a idade até chegar ao máximo de 30,95% de 31 a 40 anos, para diminuir progressivamente nos grupos etários anteriores e posteriores. (Tabela 2 – abaixo)

Idade e grau de dependência nicotínica

Idade	GEDN	GBDN	TOTAL
<31 anos	11	16	27
31-40 anos	13	16	28
41-50 anos	12	11	23
51-60 anos	05	06	12
>61 anos	01	01	02
Total	42	50	92

GEDN: grupo de elevada dependência nicotínica

GBDN: grupo de baixa dependência nicotínica

Entre os pacientes tabagistas, 37 indivíduos, ou seja, 40,21% fumam seu primeiro cigarro nos cinco minutos logo após acordar, enquanto somente 10 (20%) dos 50 do grupo de baixa dependência nicotínica (GBDN) o fazem nesse tempo. Quando consideramos, especificamente, o grupo de 37 fumantes que fumam nos primeiros cinco minutos, tem-se que destes, 27(72,97%) fazem parte do GEDN (Tabela 3 - abaixo).

Tempo para fumar o primeiro cigarro X Grau de dependência nicotínica

Tempo para fumar o primeiro cigarro	Total 92	GEDN	GBDN
5min	37	24	13
6 a 30min	26	14	12
31 a 60min	13	03	10
> 60min	16	01	15

GEDN: grupo de elevada dependência nicotínica (≥ 6 pontos)

GBDN: grupo de baixa dependência nicotínica

R.R.>5.5; para calculo de R.R foi usado ponto de corte para T de até 5 minutos ou mais de 5 minutos.

Outro dado significativo é que 56,52 % dos pacientes fumantes consomem 21 ou mais cigarros ou seus equivalentes por dia. Entre os 52 pacientes que fumam > 20 cigarros por dia, 39(75%) pertencem ao GEDN (Tabela 4 - abaixo).

Consumo diário de cigarros e grau de dependência nicotínica

Nº de cigarros fumados por dia	Total	GEDN	GBDN
	92		
<11	13	00	13
11 a 20	27	03	24
21 a 30	28	17	11
31 ou mais	24	22	02

GEDN: grupo de elevada dependência nicotínica (≥ 6 pontos)

GBDN: grupo de baixa dependência nicotínica

R.R= 5,5,q2;24,84; $p < 0,001$

Para cálculo de qui quadrado 2 foi usado o ponto de corte de 20 cigarros.

11.3 Utilização da classificação de transtorno por uso de tabaco de acordo com o CID-10 no diagnóstico do paciente

Não houve utilização da classificação de transtorno por uso de tabaco de acordo com o CID-10 para diagnóstico do pacientes em nenhum prontuário, ou foi mencionada alguma síndrome de abstinência nicotina.

11.4 A relação entre co-morbidades e tabagismo nos pacientes

De acordo com os dados colhidos no presente trabalho, foi possível constatar alguns aspectos. Analisando os prontuários de cada paciente, foi possível levantar uma relação dos diagnósticos dos internados. Das 130 pessoas que responderam ao questionário, 32 (24,61%) ainda não possuíam um diagnóstico definido durante a confecção do trabalho. Importante destacar que, através da análise dos questionários juntamente com os prontuários, descobriu-se que no HCTP há 70 pacientes com diagnóstico firmado de esquizofrenia, sendo que desses, 48 são fumantes. Isso representa que 68,57% dos portadores de esquizofrenia (N:73) são fumantes e que, dentre os 92 usuários de cigarro, palheiro e/ou cachimbo, mais da metade, isto é, 52,17% têm diagnóstico firmado de esquizofrenia. Esta parcela de 48 fumantes com diagnóstico de esquizofrenia corresponde a 36,92% do total de internados.

Dentre os subtipos de esquizofrenia, o mais prevalente foi a paranóide, 55,71% dos esquizofrênicos. O retardo mental esteve presente em 6,15% dos pacientes e a psicose não orgânica é representada por 4,61%. Os transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de drogas e os transtornos mentais devido ao álcool significaram respectivamente 3,07% e 3,84%.

Entre os pacientes tabagistas, 22,82% são esquizofrênicos com elevada dependência e 29,34% são esquizofrênicos com baixa dependência. Não havendo significância estatística entre grau de dependência e esquizofrenia. (Tabela 5 – abaixo)

	GEDN	GBDN
Esquizofrênicos	21	27
Não Esquizofrênicos	21	23

11.5 Grau de Motivação entre os Fumantes para a Cessação do Tabagismo

Em relação à fase motivacional para cessação do tabagismo, foi realizado questionamento se gostariam de parar de fumar e 38,04% dos tabagistas responderam que não gostariam de parar naquele momento, 61,95% manifestaram o desejo de parar de fumar, sendo que 40,21% não estavam preparados para marcar uma data de parar; e 21,73% responderam que gostariam de marcar uma data para parar de fumar nos próximos 30 dias, Segundo critérios de Proschaska e diClement⁶⁴, 38,04% dos fumantes estão na fase pré-contemplativa, 40,21% estão na fase contemplativa, 21,73% dos indivíduos entre os fumantes responderam estar motivados ou ter intenção de deixar o fumo nos próximos 30 dias (prontos para a ação).

Entre os pacientes motivados a parar de fumar, 28,26%(N:26) são do grupo GEDN, e 33,69% (N:31) são do grupo GBND. (Tabela 6 – abaixo)

Motivação para deixar o fumo

	GEDN		GBND	
	42	45,65%	50	54,34%
Motivados a abandonar o fumo	26	28,26%	31	33,69%
Não motivados a abandonar o fumo	16	17,39%	19	20,65%

Nenhum dos pesquisados estava em fase de ação ou manutenção da cessação de tabagismo.

Outro dado importante, relacionado às tentativas de parar de fumar, refere-se ao número de tentativas de cessação do tabagismo dos fumantes atuais, destes 60,86% pacientes manifestaram até 3 tentativas de parar de fumar, sem lograrem êxito. Entre os ex-fumantes,

76,47% fizeram três ou mais tentativas de parada até lograrem o êxito da cessação.

Não foi encontrada associação entre a intenção ou motivação dos fumantes para abandonar o fumo nos 30 dias subseqüentes à entrevista (preparados para ação) e seu grau de dependência nicotínica.

12. DISCUSSÃO

12.1 Perfil Epidemiológico

Em relação ao perfil dos pacientes destaca-se que a totalidade dos entrevistados é do sexo masculino. A taxa de fumo entre os pacientes foi de 71.85% entre os pacientes institucionalizados, refletindo uma elevada prevalência ao comparar com os 21,4% na população geral de Florianópolis⁹².

Esta população evidenciada na pesquisa representa um percentual de fumantes relativamente alto, visto que na população geral no município de Florianópolis a percentagem de fumantes é de 23.1% na população acima de 25 anos.

Esta taxa em relação ao consumo de tabaco mais intensa já era esperada em uma população psiquiátrica, visto que são pessoas menos instruídas e portadoras de comorbidades que tem no tabagismo um reforço para amenizar seus sintomas.

Quanto à etnia, mais da metade dos fumantes são brancos, o que é compatível com o predomínio destes na população geral de institucionalizados.

A faixa etária mais acometida pelo fumo foi de 20 a 39 anos, sendo mais da metade dos fumantes pertencentes a esse grupo. A análise estatística foi insignificante quando comparou padrão de idade e grau de dependência, demonstrando que fumar mais ou menos não tem diferença quanto a faixa etária nessa população.

Sabe-se que 16,30% dos fumantes iniciaram sua adição após institucionalizados, sendo, após os 18 anos. Essa taxa é mais expressiva que na população geral, em que a maioria dos indivíduos inicia o uso do tabaco antes dos 18 anos^{93,94}. Logo, entre pacientes institucionalizados a taxa de indivíduos que começam a fumar após dezoito anos é maior que na população geral. Isso faz pensar que a institucionalização é fator de risco para o tabagismo. A expressiva demanda de pacientes que tem adicção pós internação é preocupante e questionamentos para explicar este fenômeno têm por base a resultante da interação de fatores individuais que tornam o indivíduo mais suscetível ao uso da droga, e de fatores sócio-culturais que estimulam o uso e facilitam o acesso do indivíduo à droga.

Dentre os fatores individuais há as disposições próprias de cada indivíduo, e a doença de base que influenciam na escolha de seu ambiente, nas suas reações ao ambiente, no desenvolvimento de suas habilidades para lidar com situações sociais, ociosidade e estresse crônico, assim como, vários componentes da personalidade e também o componente genético que tornam o indivíduo mais suscetível à ação compensatória da nicotina ou menos suscetível a seus efeitos adversos.

Já em relação aos fatores sócio-culturais, há na instituição hábitos e costumes que são esperados ou até mesmo estimulados entre indivíduos do grupo. Entre eles, a adesão ao fumo que, provavelmente, propicia ao paciente uma maior aceitação, já que no grupo em questão este comportamento é aprovado, sendo a "normalidade" o ato de fumar. Há também barreiras sistemáticas à cessação do tabagismo nos pacientes de instituições judiciais, que foram identificadas, emanando do sistema da saúde mental. Barreiras como o uso de cigarros como a moeda de poder econômico. A troca social e política ocorrem entre os participantes que descrevem um processo de aculturação que envolve processos complexos de reforço para fumar. Aos pacientes que participam uma vez do processo, o escape da cultura de fumo e dos seus ajustes parece ser extremamente difícil. Tal dificuldade é reproduzida também pela equipe de funcionários. Sendo a facilidade do acesso à droga um fator decisivo na aquisição do hábito de fumar, é fato que este hábito se materializa no hospital pelo engajamento de profissionais da instituição ao participarem do processo de aquisição e distribuição dos cigarros.

Quanto à renda utilizada pelos fumantes para aquisição dos produtos derivados do tabaco, 68,47% custeiam seu vício e não raras vezes comprometem parte significativa de sua renda com a compra do cigarro, se privando de adquirir alimentos saudáveis em prol da manutenção da adicção. Outro fato relevante é o engajamento da instituição através de seus servidores, que efetuam o tramite da compra do cigarro e a logística de entrega diária perpetuando hábito do fumo.

Com relação aos fumantes na família, a maioria dos pacientes (84,78%) conviviam com tabagistas em casa. Esse dado reforça aspectos relacionados ao uso do tabaco na adolescência, como uso de tabaco por pais, colegas mais velhos e influência da mídia, que são considerados fatores preditores de consumo.

Quanto à etnia, houve maioria de brancos internados, contabilizando mais de 70% dos institucionalizados. Nos três grupos étnicos a prevalência de fumo variou entre 67 a 83%, não havendo discrepância entre os percentis de fumo relacionados às etnias.

12.2 Padrão de Uso do Tabaco

Quanto ao tipo de fumo consumido há uma significativa associação entre cigarro e palheiro, perfazendo um total de quase 75% do tabaco consumido. Tal consumo elevado desta associação pode estar vinculado ao baixo custo do fumo desfiado, que custa em média 40% do valor do cigarro industrializado. O consumo do palheiro também pode ser impulsionado pela exposição maior à nicotina e alcatrão, já que tais cigarros têm massa de tabaco maior e não possuem filtros^{95, 96}.

A maioria dos pacientes institucionalizados foi considerada fumante ativo, e 45% dos pacientes tabagistas foram considerados dependentes de grau elevado ou muito elevado de nicotina (6 a 7 pontos e 8 a 10 pontos).

Também foi observado que é maior o número de fumantes pesados (GEDN) aproximadamente 45%, enquanto na população em geral esta prevalência não chega a 20%⁵¹.

A caracterização dos pacientes pertencentes ao GEDN foi o objetivo principal da aplicação do Questionário de Tolerância de Fagerström, já que poderá servir de ferramenta no momento de decidir a melhor conduta terapêutica, associando-se terapia cognitivo comportamental (TCC) e medicação.

Outra vantagem do Teste de Fagerström é auxiliar no diagnóstico diferencial entre sintomas de abstinência de nicotina e comorbidade psiquiátrica primária, uma vez que sintomas como insônia, humor deprimido, irritabilidade e ansiedade podem ocorrer em ambos os casos⁹⁷.

A pergunta nº 1, que se refere ao tempo de fumar o primeiro cigarro após acordar, é uma das duas perguntas mais importantes e avalia quão rápido o fumante precisa de um cigarro pela manhã, revelando a intensidade da “fissura” (episódios transitórios de desejo imperioso de fumar). A nicotina tem vida média relativamente curta. Os fumantes dependentes terão, ao acordar, baixo nível sérico dela e experimentarão sintomas de abstinência se não fumarem rapidamente seu primeiro cigarro do dia. Ou seja, essa pergunta, teoricamente, seria um preditor poderoso da dependência nicotínica. Na amostra apresentada, o máximo poder discriminatório dessa pergunta foi alcançado com o tempo < 5 minutos. Dos 37 pacientes desse grupo, 64,84% pertencem ao de elevada dependência nicotínica (GEDN) e somente 35,15% ao de baixa dependência nicotínica (GBDN).

A avaliação do tempo para fumar o primeiro cigarro após acordar e dependência nicotínica mostrou que, quanto menor o tempo para fumar o primeiro cigarro maior é o grau de dependência, sendo que o risco relativo chega a ser de 5,5, ou seja, a dependência é 5,5

vezes maior nos que fumam o primeiro cigarro antes dos cinco minutos após acordar, comparada aos que fumam depois desse período.

A apreciação do número de cigarros fumados por dia (pergunta nº 4 de Fargerström) e grau de dependência nicotínica mostrou que, quanto maior o número de cigarros fumados, maior é o número de fumantes pertencentes ao grupo de elevada dependência nicotínica (GEDN). Através de análises estatísticas foi observado que os pacientes que fumam mais de 20 cigarros por dia estão em sua maioria classificados nesse grupo (qui-quadrado 24,84; $p < 0,001$).

Outro dado importante é que 56.62% dos pacientes fumantes consomem 21 ou mais cigarros ou seus equivalentes por dia, sendo que entre os 52 pacientes que fumam >20 cigarros por dia, sendo que 75 % deles pertencem ao GEDN.

12.3 Utilização da classificação de CID-10 no diagnóstico

Nenhum dos fumantes recebeu um diagnóstico da dependência ou da retirada da nicotina até o momento da entrevista, e o status motivação para cessação de fumo não foi incluído no planejamento do tratamento de nenhum paciente adicto. Isto indica que o tabagismo não está sendo abordado como problema de saúde e que se deveria investir na capacitação da equipe multiprofissional que atende a estes pacientes.

12.4 Relação entre co-Morbidades e Tabagismo

O estudo demonstrou que 1 em cada 4 pacientes internados não tinha diagnóstico firmado durante o decorrer da pesquisa. A comorbidade psiquiátrica mais prevalente entre todos pacientes e os fumantes foi a esquizofrenia, alcançando mais da metade de ambos os grupos. Isto corrobora os dados da literatura que apontam a esquizofrenia como a comorbidade psiquiátrica mais freqüente entre os tabagistas. A taxa de consumo e o nível de apego a nicotina são maiores em pacientes esquizofrênicos em relação à população geral⁵⁵. Contudo, nesse estudo, a análise estatística não demonstrou significância para o grau de dependência à nicotina entre esquizofrênicos e portadores de outras doenças psiquiátricas.

Não houve como identificar nos prontuários se os pacientes haviam começado fumar antes do início da esquizofrenia. Também não havia relatos de hospitalizações anteriores na instituição, impossibilitando avaliar se houve mais hospitalizações em fumantes, ou maior número de atendimentos em serviços psiquiátricos.

12.5 Grau de Motivação

Em relação à motivação para cessar de fumar, os pacientes participantes, em sua maioria, desconhecem os riscos do tabagismo e não o consideram uma doença. Seis em cada dez pacientes tabagistas manifestaram desejo de parar de fumar, sendo que 1/3 destes estariam motivados a parar nos próximos 30 dias (prontos para a ação).

Relacionando motivação e dependência, existem os não motivados e com elevada dependência (GEDN), que seriam o pior grupo para o abandono do fumo e representam 17,39% do total, e os motivados e com baixa dependência (GBDN), que seria o melhor grupo e representa 33,69% do total. Porém, nesse estudo, não foi encontrada associação entre dependência e motivação para abandonar o fumo (qui-quadrado 0,04; $p > 0,5$).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), 80% dos fumantes na população geral, hoje, querem parar de fumar, porém somente 3% conseguem a cada ano, enquanto na instituição pesquisada o percentil é menor, de 61,95%. Além disso, apenas 15% dos pacientes psiquiátricos conseguem parar de fumar, em contraste com 50% da população em geral¹⁶. Entre os fumantes a média de tentativas de parar de fumar foi de 2,4. Esses números demonstram um grau de complexidade maior nesta população específica em relação à cessação do tabagismo, refletindo necessidade de suporte profissional e não raras vezes, medicamentoso para cessação do tabagismo.

Embora não tenha sido realizado um questionamento por escrito sobre tabagismo passivo, ficou explícito durante a entrevista o desconhecimento da quase totalidade dos internos sobre os efeitos da exposição ao tabagismo passivo. Apenas uma minoria entre os não fumantes manifestou-se verbalmente contrária ao ato de fumar em determinados recintos do hospital.

Foi observada a exposição passiva ao fumo dos não fumantes, pois todos compartilham com os fumantes um mesmo espaço recreacional, onde permanecem cerca de 8 horas diariamente.

Sabe-se que do produto total da combustão de um cigarro, 75% ou mais penetram no ar. Os componentes da fumaça do tabaco no ambiente são qualitativamente semelhantes aos do fluxo de fumaça gerado pelo fumante. Somado a esse agravamento, algumas toxinas, como amônia, formaldeído e nitrosaminas, são encontrados em concentrações muito maiores na fumaça passiva do fumante passivo que na fumaça do fumante ativo.

Logo a separação de fumantes e não fumantes em um mesmo recinto só têm efeito psicológico, porque cientificamente nada vale mesmo com os sistemas de renovação do ar todas as tentativas de livrar a atmosfera ambiental da poluição nicotínica, nos prédios onde

haja recintos com fumantes, são infrutíferas. Pouco adianta as renovações mecânicas da ventilação, processos de filtração e químicos. A única saída para manter o ambiente isento da poluição tabágica é o nível zero, isto é, de abolir completamente o consumo do tabaco^{98,99}. Por isso a tendência de abolir os chamados fumódromos localizados em sala reservada para fumar. O ar poluído pelos componentes do tabaco, passa pelos corredores para outras dependências. Sendo o correto, localizar os fumódromos fora do prédio, em lugar relativamente distante.

Deve-se ressaltar a importância do presente estudo para o estímulo da disseminação da informação em relação a todos os aspectos do tabagismo na instituição. Dando notoriedade ao início dos projetos de Ambiente livre do cigarro.

Esse estudo sugere um déficit importante na política de administração hospitalar, havendo carência de programas de capacitação de profissionais da saúde que incorporem competências e habilidades para promover a prevenção e cessação do consumo de tabaco. O Ministério da Saúde através do INCA e das secretarias estaduais e municipais de saúde tem promovido cursos com esse fim para todos os profissionais de diversas áreas, enfatizando o tabagismo como doença nas perspectivas fisiológica, farmacológica, clínica, psicológica, terapêutica e de saúde pública¹⁰⁰. O uso de técnicas informativo-educativas por meio de trabalhos interativos, também tem demonstrado ser útil para mudar os hábitos e atitudes dos profissionais da saúde frente ao tabagismo¹⁰¹.

Há um número de implicações legais e de interesses significativos da saúde legal e ocupacional, quanto ao uso do fumo pelos pacientes e equipe de funcionários da saúde mental. Diversas práticas administrativas, clínicas e culturais precisam mudar dentro deste sistema de cuidado a fim melhorar o bem estar geral do paciente e evitar o potencial para o litígio por pacientes e por equipe de funcionários.

12.6 Legislação

O manicômio judiciário é um local de tratamento regido pelas mesmas leis aplicadas a ambientes hospitalares. Assim sendo, a permissão do fumo fere a legislação, detectando-se um paradoxo com a presença de um fumódromo. Na instituição pesquisada, não há cumprimento da lei na sua totalidade. Embora exista uma política de proibição de fumar em determinados locais, como refeitório e alojamento conjunto, associado à presença do fumódromo, não existe a implantação e a fiscalização efetivas das mesmas.

De acordo com a regra vigente nestas instituições, baseada na lei federal nº. 9.294, de 15 de julho de 1996, é proibido o uso de cigarros ou de qualquer outro produto fumígeno,

derivado ou não do tabaco, em recinto coletivo, privado ou público, salvo em área destinada exclusivamente a esse fim, devidamente isolada e com arejamento conveniente¹⁰², o que mostra não apenas o desconhecimento de setores administrativos sobre esta lei, como também sugere o descumprimento da mesma. Além do que é dever da instituição fazer reforço na implementação da Portaria Interministerial nº. 1.498 de 2002, que recomenda às instituições de saúde e de ensino a implantação de programas de ambientes livres da exposição tabagística e a implementação de estratégias de promoção da saúde no ambiente hospitalar⁸¹, o que infelizmente não ocorre na instituição.

Os outros profissionais de educação física, serviço social, professores e agentes de segurança da instituição têm apenas uma abordagem indireta e difusa a respeito do tema em algumas ocasiões, tendo como revés alguns profissionais serem fumantes e cultivarem este hábito dentro da instituição.

12.7 Limitações

Este trabalho apresentou algumas limitações na sua elaboração, uma delas seria de que a pesquisa foi realizada somente com público masculino.

Outra limitação deste estudo foi de que não havia dados em prontuários em relação à época de início do tabagismo, padrão de consumo do tabaco e número de internações psiquiátricas prévias.

O questionário de Fargeström só usa o escore de pontuação com cigarros industrializados sendo que a equivalência com cigarros artesanais é subjetiva, pois no ato da confecção do palheiro o paciente pode usar mais ou menos fumo que a medida que estimamos conforme a referência bibliográfica⁹⁰ - de 4 a 6 cigarros para cada palheiro.

Já em relação ao diagnóstico clínico, a inexistência de uma lista de problemas (doenças) que acometeram o paciente durante todo o tempo de institucionalização, que poderia ser útil para resgatar dados de doenças relacionadas ao tabagismo.

12.8 Sugestões

Que se busque um método de abordagem ao tabagista, com intuito informativo e de promoção de saúde. O fato de nosso trabalho ter sido realizado com pacientes psiquiátricos, com todas as dificuldades que isso representa, nos dá a certeza de que esse tipo de ação específica sobre a cessação do tabagismo traria resultados expressivos em todas as comunidades, como também em hospitais gerais. Seriam trabalhos pouco onerosos que trariam benefícios extremamente compensadores, com a redução da taxa de tabagistas e

diminuição dos gastos com o tratamento dos agravos conseqüentes ao uso do tabaco. Ainda há a perspectiva de inicializar o programa de Cessação do tabagismo do Ministério da Saúde - INCA e extendê-lo aos servidores e a outros hospitais. Tal programa consiste de terapia cognitivo-comportamental associada a suporte medicamentoso.

13. CONCLUSÃO

- Este estudo confirma que pacientes psiquiátricos institucionalizados (de Hospitais de Custódia) são mais propensos a fumar do que a população geral. Conforme esperado, a prevalência de fumantes no HCTP foi muito elevada, superando a prevalência em hospitais gerais e na população em geral.
- Em pacientes psiquiátricos institucionalizados no HCTP, a prevalência de tabagismo é maior entre os portadores de esquizofrenia, sobre tudo entre os paranóides.
- Destacou-se a alta prevalência de uso do palheiro, seja associado ao cigarro industrial ou isolado, possivelmente devido ao baixo custo desta apresentação e também a concentração maior de nicotina disponibilizada.
- A maioria dos pacientes desconhece os efeitos maléficos do fumo à saúde e sobre os efeitos da exposição ao tabagismo.
- Verificou-se que a abordagem específica ao tabagista é pouco realizada. O profissional de saúde restringe-se a uma pequena advertência ao paciente que não produz grandes resultados.
- Não houve registros em prontuários com diagnóstico no grupo dos transtornos mentais e de comportamento decorrente do uso de substâncias psicoativas, CID-10 F17.2. Também não foi descrito em prontuário o estágio motivacional para cessação do tabagismo.
- Não há política de proibição do cigarro nem efetuação de campanhas antitabagismo.
- O grau de dependência mostrou-se muito elevado principalmente pelas comorbidades psiquiátricas, as quais afetam de formas variadas a dependência ao tabaco nesses pacientes.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organização Mundial da Saúde. Dosagens de nicotina e alcatrão nos cigarros. Informe WHO/SMO/84.4.
2. World Health Organization (2005) Framework Convention on Tobacco Control. Document Production Services, Geneva, Switzerland.
3. Murray, C. J. L. & Lopez A.D. 1996. Quantifying the burden of disease and injury attributable to ten major risk factor. In: The Global Burden of Disease. A Comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Ed. Christopher J. L. Murray and Alan D. Lopez. World Health Organization & The World Bank.
4. World Health Organization (1999). Making a Difference. World Health Report. Geneva, Switzerland.
5. Epping-Jordan MP, Watkins SS, Koob GF, Markou A. (1998) Dramatic decreases in brain reward function during nicotine withdrawal. *Nature* 393:76-79.
6. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical description and diagnostic guidelines;1992.
7. American Psychiatric Association (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais (DSM-IV). Porto Alegre: Artmed,1990.
8. Egger, P. Cigarette smoke and bone mineral density in the elderly. *J Epidemiol Comm Health*. 1996. 50:47.
9. Saleh RA, Agarwal A, Sharma RK, Nelson DR, Thomas AJ Jr. Effect of cigarette smoking on levels of seminal oxidative stress in infertile men: a prospective study. *Fertil Steril*. 2002 Sep;78(3):491-9
10. Henningfield JE, Moolchan ET, Zeller M (2003) Regulatory Strategies to reduce tobacco addiction in youth. *Tob Control* 12 (Suppl):i14-i24.

11. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Estimativas da Incidência e Mortalidade por Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2002.
12. Gyts Global Youth Tobacco Survey (2006) National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta, USA. www.cdc.gov/tobacco/Global/GYTS.htm, em 30/05/06.
13. Goldman L., Ausiello D., Cecil – Tratado de Medicina Interna, 22. edição, Rio de Janeiro. Editora Elsevier, 2005, volume 1, página 67.
14. Goldman L., Bennett J. C., Cecil – Tratado de Medicina Interna, 21. edição, Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 2001, volume 2, páginas 40-43.
15. Leonard S., Adler L.E., Benhammou K et al (2001) Smoking and mental illness. *Pharmacol Biochem Behav* 70:561-570.
16. Zarin D.A., Pincus H.A., Hughes J.R.(1997) Treating nicotine dependence in mental health settings. *J Prac Psych Behav Health.*:250-254.
17. Giovino GA, Henningfield JE, Tomar SL, Escobedo LG, Slade J. (1995) Epidemiology of Tobacco use and dependence. *Epidemiol Ver* 17:48-65.
18. Corneillet. Dictionnaire des Arts et des Sciences. Paris, 1964).
19. Costa e Silva V.L. Tabagismo um problema de saúde pública no Brasil. *Jorn Brás Med* 1990; 59(2):14-23.
20. Mahn-Lot, Marianne. Retrato histórico de Cristóvão Colombo. Rio de Janeiro: Jorge Zahar,. 1992, p. 56.
21. Pinto, Estevão. Muxarabis & balcões e outros ensaios. São Paulo: Nacional, 1958, p. 96.
22. Vigié, M. e M. L' herb à Nicot. Ed Fayard, Paris.
23. Pan American Health Organization. Tobacco or Health Status in the America. PAHO Sci Pub nº 536. 1992.
24. Costa e Silva VL. Tabagismo um problema de saúde pública no Brasil. *Jorn Brás Med* 1990;59(2):14-23
25. Instituto Nacional do Câncer : Acesso em: 2008 out <www.inca.gov.br/tabagismo/publicações/nicotina.pdf>.

26. Organização Panamericana de Saúde. La rentabilidad a costa de la gente. Actividades de la industria tabacalera para comercializar cigarillos en la America Latina y el Caribe y minar da salud pública. Coordenação de Bialous SA e Shatenstein S. Washington, 2002.
27. Instituto Nacional do Câncer. Acesso em: 2008 out. Disponível em <www.inca.gov.br>
28. Lima, D.R. Farmacologia clínica do tabagismo, Jornal Brasileiro de Medicina (JBM), 49:1,55-61,1985.
29. Lewan, T. Why not just how a cigarette markers create a more addictive tobacco. Associated Press. 13/09/1998
30. Wald, N. J., Idle, M., Smith, P. G. Carboxyhemoglobin in smokers of filter and plain cigarettes. Lancet. 1977. 15/01:110.
31. Warner, K. E., Slade, J., Sweanor, D. T. The emerging market for longterm nicotine maintenance. JAMA. 1997. 278:1087.
32. Benowitz, N. L., Hennigfield, J. E. Establishing a nicotine threshold for addiction. The implications for tobacco regulation. N Eng J Med. 1994. 331:123.
33. Benowitz, N. L., Jacob, P., Kozlowski, L. et al. Influence of smoking fewer cigarettes on exposures to tar, nicotine and carbon monoxide. N Eng J Med. 1986. 315:1310.
34. Bridges, A. B., Combs, J. B., Hembre, J. W. et al. Population characteristic and cigarette yields as determination of smoke exposure. Pharmacol Bioetiem Behavior. 1990. 37:17.
35. Instituto Nacional do Câncer : Acesso em: 2008 set. <www.inca.gov.br/tabagismo/31maio2008/programacao.htm>.
36. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer/Fundação Getúlio Vargas. Cigarro Brasileiro. Análises e Propostas para Redução do Consumo. Rio de Janeiro, 2000.
37. Associação Brasileira de Fumicultores. Acesso em: 2008 mai. Acesso em:<www.abifumo.com.br>
38. Andreucci, R. A. (1981) Manicômio Judiciário e Medidas de Segurança Alternativas. Revista do Conselho Penitenciário do Distrito Federal XVIII: 43: 53-61...

39. Dantas-Jr, A.T. (1987) O Manicômio Judiciário e o conflito de identidade da psiquiatria. *Revista ABP-APAL*: 9:3:103-106
40. Mendlowicz, M. V. Penal imputability in mental disorders. *J. Bras. Psiquiatr*;54(4):328-333, out.-dez. 2005.
41. Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro : TeCorá; 1999.
42. Di Chira, G. Op. cit., loc.cit.; Stolerman, I.P.; Shoaib. M. The neurobiology of the tobacco addiction. *Trends Pharmacol Sci*, 1991, 12; pp.467-473.
43. Jones, S.; Bonci, A. Synaptic plasticity and drug addiction. *Curr Opin Pharmacol*, 2005, 5; pp.20-25; NESTLER, E.J. Is there a common molecular pathway for addiction? *Nat Neurosci*, 2005, 8; pp.1.445-1.449.
44. Mansuelder, H. D., McGehee. Long term potentiation of excitatory inputs to brain rewards áreas by nicotine. *Neuron* 2000. 27:349.
45. Wald, N. J. Absorption de nicotine par un fumeur. *La Journée Mondiale Sans Tabac de OMS. UISTMR. News Letter*. Março, 1991.
46. Rosemberg, J. Nicotina 1 vol. Ed. Colégio Médico del Peru. Comisión de Lucha Antitabáquica. COLAT. Peru, 1999.
47. Benowitz, N. L. Nicotine safety and toxicity. Ed Oxford Univ Press New York. 1998.
48. Dube, M., Greem, C. R. Methods of collection of smoke for analytical purposes. *Recent Advances in Tobacco.Science*. 1982. 2:42.
49. Slade, J. Nicotine delivery devices. In Orleans C Slade J. Nicotine Addiction. Principles and management. Oxford Univ Press Inc, 1993.
50. Balfour, D. J. Nicotine as the basis of the tobacco smoking habit. In *Psychotropic Drug of Abuse*. Intrenational Encyclopedia of Pharmacology and Therapeutics. Pergamon Press. N York, 1990.
51. Breslav, N., FEN, N. N., Peterson, E. L. Early smoking iniciation and nicotine dependence in a cohort of young adults. *Drug, Alcohol Dep*. 1993. 33:129.

52. Cavalcante, T. A indústria do tabaco e suas estratégias de mercado. Div Controle Tabagismo e outros fatores de risco de câncer. INCA, 2001.
53. Sargent, J. D., Di Franza, J. R. Tobacco control for clinician who treat adolescent. *CA Cancer J Clin.* 2003. 53:102.
54. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related problems (ICD-10). Genebra, 1992
55. Dalack GW, Healy DJ., Meador-Woodruff JH (1998) Nicotine dependence in Schizophrenia: clinical phenomena and laboratory findings. *Am J Psychiatry* 155(11):1490-1501.
56. Farrela, M, Howes S, Bebbington P, Brugha T, Jenkins R, Lewis G, Marsden J, Taylor C, Meltzer H (2001) Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity: results of a national household survey. *Br J Psychiatry* 179:432-437.
57. Dani, J.A, Harris RA (2005) Nicotine addiction and comorbidity with alcohol abuse and mental illness. *Nat Neurosci* 8(11):1465-1470.
58. Heath, A. C., Madden, P. A. F., Martin, N. G. Statistical methods in genetic research on smoking. *Statist Method Res.* 1998. 7:165.
59. Weitzman E.R., Chen Y.Y. The co-occurrence of smoking and drinking among young adults in college: national survey results from the United States. *Drug Alcohol Depend* (2005) 12;80 (3) 377-86.
60. Hertling I., Ramskogler K, Dvorak A., Klingler A., Saletu-Zyhlarz G., Schoberberger R et al. Craving and other characteristics of the comorbidity of alcohol and nicotine dependence. *Eur Psychiatry* (2005) 20 (5-6): 442-50.
61. Fagerström, K. O., Schneider, N. G. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *J Behav Med.* 1989. 12:159.
62. Lemos T., Tabagismo do Diagnóstico à Saúde Pública, São Paulo. Editora Atheneu, 2007, pagina 190.
63. Stuyt, EB.Recovery rates after treatment for alcohol-drugs dependence.Tobacco users vs.non-tobacco users.*Am J Addict* (1997) 6(2).159-67.

64. Prochaska, J. O. ; Diclemente, C. C., Velicler, W. E. et al. Standardized, individualized, interactive and personalized self-help program for smoking cessation. *Health Psychol.* 1993. 12:399.
65. Hughes, J. R. Genetics of smoking. Abrief review. *Behav Therap.* 1986. 17:335.
66. Fergusson, D.M.; Lynskey, M.T.; Horwood, L.J. Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a cohort of 16-year-olds. *Arch Gen Psychiatry*, 1996, 53; PP. 1.043-1.047.
67. Covey LS. Glassman AH, Stetner F. Cigarette Smoking and Major Depression. *J Addic Dis*, 1998, 17(1); pp.35-46
68. Breslau N, Johnson EO (2000) Predicting smoking cessation and major depression in nicotine-dependent smokers. *Am J Public Health* 90(7):1122-1127.
69. Balfour, D.J.; Ridley, D.L. The effects of nicotine on neural pathways implicated in depression: a factor in nicotine addiction? *Pharmacol Biochem Behav*, 2000, 66; pp.79-85.
70. Covey L.S.; Glassman, A.H.; Stetner, F. Op. Cit., loc. Cit.; Picciotto, M.R.; Brunzell, D.H.; Caldarone, B.J. Effect of nicotine and nicotine receptors on anxiety and depression. *Neuroreport*, 2002, 13; pp.1.097-1.106.
71. Breslau, N., Kilbey, M., Andreski, P. Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991. 48:169.
72. Breslau, N., Kilbey, M., Andreski, P. Nicotine dependence, major depression and anxiety in young adults. *Arch Gen Psychiatry*. 1991. 48:169.
73. Calabresi, M., Casu, G., Luche, D. R. La prevalenza del fumo di tabacco nei pazienti psichiatrici: l'influenza dell'instituzionalizzazione. *Minerva Psychiatr.* 1991. 32:89
74. Glassman, A. H., Covey, L. S., Dalak, G. W. et al Cigarette smoking, major depression and schizophrenia. *Clin Neuropharmacol.* 1992. 15: supl 1.
75. Goff, D. E., Henderson, D. C., Amico, E. Cigarette smoking in schizophrenic, relationship to psychopathology and medication side effect. *Am J Psychiatry.* 1996. 149:1189.

76. Hertling I, Ramskogler K, Dvorak A, Klingler A, Saletu-Zyhlarz G, Schoberberger R et al. Craving and other characteristics of the comorbidity of alcohol and nicotine dependence. *Eur Psychiatry* (2005) 20 (5-6): 442-50.
77. Lemos T., *Tabagismo do Diagnóstico à Saúde Publica*, São Paulo. Editora Atheneu, 2007, pagina 195.
78. Nakajima, M., Yamamoto, T., Nunoya, K. I. et al. Role of human cytochrome P4502A6 in C-oxidation of nicotine. *Drug Metab Dispos.* 1992. 5:369.
79. Laviolette, R., Vander Kooy, D. Neurology Research Group. University Toronto, Canada. www.nature.com/iffull4001197a.html.2002.
80. Sweet Jr. C. Drowsiness due to chlorpromazine in relation to cigarette smoking. A report from Boston Collaborative Drug Surveillance Program. *Arch Gen Psychiatry* (1992)31:1189-94.
81. Spring B, Pingitore R, McCharge D.E. Reward value of cigarette smoking for comparably heavy smoking schizophrenic, depressed, and nonpaciet smokers. *Am J Psych* (2003) 160(2): 203-20.
82. Covey, L. S., Hughes, D. C., Glassman, A. H. et al. Ever smoking, quitting and psychiatric disorder: evidence from the Durham, North Carolina, Epidemiologic Catchment Area. *Tobacco Control.* 1994. 3:222.
83. Glassman, A. H. Cigarette smoking: implication for psychiatric illness. *Am J Psychiatry.* 1993. 150:546.
84. Hughes, J. R., Hatsukami, D. K., Mitchell, J. R. et al. Prevalence of smoking among psychiatric out-patients. *Am J Psychiatric.* 1986. 143:993.
85. Anda, R. F., Williamson, D. F., Escobedo, L. G. et al. Depression and the dynamics of the smoking: a national perspective. *JAMA.* 1990. 264:1541.
86. Anda, R. F., Willianson, D. F., Escorredo, L.G. et al. Depression and the dynamics of the smoking: a national perspective. *Brit J Adiction.* 191; 86:521.
87. Cholerton, S., Arpanahi, A., McCracken, N. et al. Pour metabolisers of nicotine and CYP2D6 polymorphine. *Lancet.* 1994. 343:62.

-
88. SAMHSA – Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Substance Abuse in States and Metropolitan Areas: Model Based Estimates from the 1991 – 1993, National Household Survey on Drug Abuse: Summary Report. U.S. Department of Health and Human Services, 1996.)
89. Ministério da Saúde-Instituto Nacional Câncer/Coordenação de Controle de Tabagismo e Prevenção Primária do Câncer. Ajudando seu paciente a parar de fumar. Rio de Janeiro: 1997.
90. Gottschall C. A. M.; Mezzarid; Martinez, D. Comparação do efeito do fumo de "palheiro" com fumo de cigarros industrializados sobre a função pulmonar de grupos emparelhados de fumantes. Um alarme. *J Pneumol* 8(Supl.):53. 1982.
91. Le Houezec J, Sawe U. Smoking reduction and temporary abstinence: new approaches for smoking cessation. *J Mak Vasc* 2003;28(5): 293-300.
92. Oliveira, V. C. Impacto do tabagismo para a saúde da mulher e da criança. CONPREV, 2002.
93. Schwartz, J. L. Review and evaluation of smoking cessation methods. The United States and Canada. 1978-1985 Bethesda. US Department of Health and Human Services. NIH Publication nº 87-2940-1987.
94. World Health Organization. International consultation on tobacco and youth. Singapura. 28-30 setembro 1999.
95. Jarvis, M. Why low tar cigarettes don't work and how the tobacco industry has fooled the smoking public. Action on smoking and health. 19/03/1999.
96. Kozlowski, L. T., Murray, E., Jarvik, M. D. et al. Nicotine regulation and cigarette smoking. *Clin Pharmacol Therap.* 1982. 17:93.
97. Upadhyaya HP, Brady KT, Wharton M, Liao J. Psychiatric disorders and cigarette smoking among child and adolescent psychiatric inpatients. *Am J Addict.* 2003 Mar-Apr, 12(2) :144-52.
98. Rapace, J. L., Lowrey, A. H. Indoor air pollution, tobacco smoke and public health. *Science.* 1980. 208:464.

-
99. Wigle, D. T., Collishaw, N. E., Kirkbride, J. Exposure of involuntary smoke to toxic oponents of tobacco smoke. Canadian J Pub Health. 1987.
 100. Berdasquera-Corcho D, Gonzalez-Gonzalez O, Suarez-Larreina CL, Gala-Gonzalez A, Oropeza-Gonzalez L. Hábito de fumar en trabajadores de la salud después de una estrategia de intervención. Rev Cubana Med Gen Integr, 2005.
 101. Geller et al. Tobacco competencies for US medical students Am J Public Health 2005.
 102. Senado Federal : Acesso em: 2006 out.<www.senado.gov.br/sf/legislação/const/>.
 103. Tesouro Federal : Acesso em 2006 out.<www.tesouro.fazenda.gov.br/legislação/>.

ANEXO 1

Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências Biológicas
Coordenação Especial de Farmacologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Coordenadoria Especial de Farmacologia da Universidade Federal de Santa Catarina(UFSC) em parceria com Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, está desenvolvendo a pesquisa "**O perfil dos pacientes tabagistas internados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina**", com o objetivo de identificar o número de fumantes e o consumo diário do cigarro.

Este estudo é necessário para identificarmos o grau de dependência ao fumo no Hospital, e servirá de base para intervenção e elaboração de medidas de apoio para os pacientes que desejam parar de fumar.

Se você estiver de acordo em participar respondendo as perguntas, garantimos que as informações fornecidas, ficarão em sigilo e só serão utilizadas neste trabalho. Caso tenha alguma dúvida em relação ao estudo, ou não quiser mais fazer parte do mesmo, pode ligar para o telefone (048) 33319491 ramal 226.

Eu _____, fui esclarecido sobre a pesquisa "**O perfil tabagista entre pacientes psiquiátricos internados no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico**" e concordo que estes dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis,.....de.....de 2006.

Prof. Dr. Tadeu Lemos

Orientador

Acadêmico Pesquisador

ANEXO 2**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DO CIDADÃO****HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO****DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: PERFIL DOS PACIENTES TABAGISTAS INTERNADOS NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE SANTA CATARINA, e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos.

Florianópolis, 30 DE AGOSTO DE 2006.

Dra. Eleonora Dezidério da Luz
Diretora Geral do HCTP

TIMBRE/IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

ANEXO 3**DECLARAÇÃO (pesquisador/a responsável)**

Declaro que no desenvolvimento do projeto de pesquisa _____, cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Declaro, ainda, que não há conflitos de interesses entre o/a (os/as) pesquisador/a (es/as) e participantes da pesquisa. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto em questão.

Florianópolis,/...../.....

ASSINATURA

(Pesquisador/a Responsável/Orientador/a)

ASSINATURA

(Pesquisador/a Principal/Orientando/a)

QUESTIONÁRIO SAMHSA

Escolaridade:

Estado Civil: ☐ Casado ☐ Solteiro ☐ Divorciado
 ☐ Amasiado

Etnia () Branco () Negro () Pardo

Fumante: () Sim () Ex-fumante () Nunca fumou

Tipo: () Palheiro () Cachimbo () Cigarro

Início após a interação: () Sim () Não

Fumou pelo menos um cigarro na última semana : () Sim () Não () Não sabe

Alguma vez tentou deixar de fumar? () Sim () Não

Quantas vezes? ()Uma ()Duas ()mais de duas.

Durante quanto tempo?

Gostaria de parar de fumar? () Sim () Não

Gostaria de marcar uma data para parar de fumar? () Sim () Não

ANEXO 5

Questionário de Fagerstrom		
1. Quanto tempo depois de acordar você fuma o 1º cigarro?		
*mais de 60 minutos	0	
*entre 31 e 60 minutos	1	
*entre 06 e 30 minutos	2	
*menos de 6 minutos	3	
2. Você tem dificuldade de ficar sem fumar em locais proibidos?		
* não	0	
*sim	1	
3. O primeiro cigarro da manhã é que traz mais satisfação?		
*não	0	
*sim	1	
4. Você fuma mais nas primeiras horas da manhã do que no resto do dia?		
*não	0	
*sim	1	
5. Você fuma mesmo quando acamado por doença?		
*não	0	
*sim	1	
6. Quantos cigarros você fuma por dia?		
*menos que 11	0	
*de 11 a 20	1	
*de 21 a 30	2	
*mais de 30	3	
Total de pontos	10	

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, resolução nº. 001/2005, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005.

FICHA DE AVALIAÇÃO

A avaliação dos trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina obedecerá os seguintes critérios:

- 1º. Análise quanto à forma ;
- 2º. Quanto ao conteúdo;
- 3º. Apresentação oral;
- 4º. Material didático utilizado na apresentação;
- 5º. Tempo de apresentação:
 - 15 minutos para o aluno;
 - 05 minutos para cada membro da Banca;
 - 05 minutos para réplica

DEPARTAMENTO DE: _____

ALUNO: _____

PROFESSOR: _____

NOTA

- 1. FORMA
- 2. CONTEÚDO
- 3. APRESENTAÇÃO ORAL
- 4. MATERIAL DIDÁTICO UTILIZADO

MÉDIA: _____ (_____)

Assinatura: _____